

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 449

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques ÉMILE-ZOLA

Né le 25 septembre 1891, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Licencié ès sciences

But et Organisation

d'une

Crèche hospitalière

de

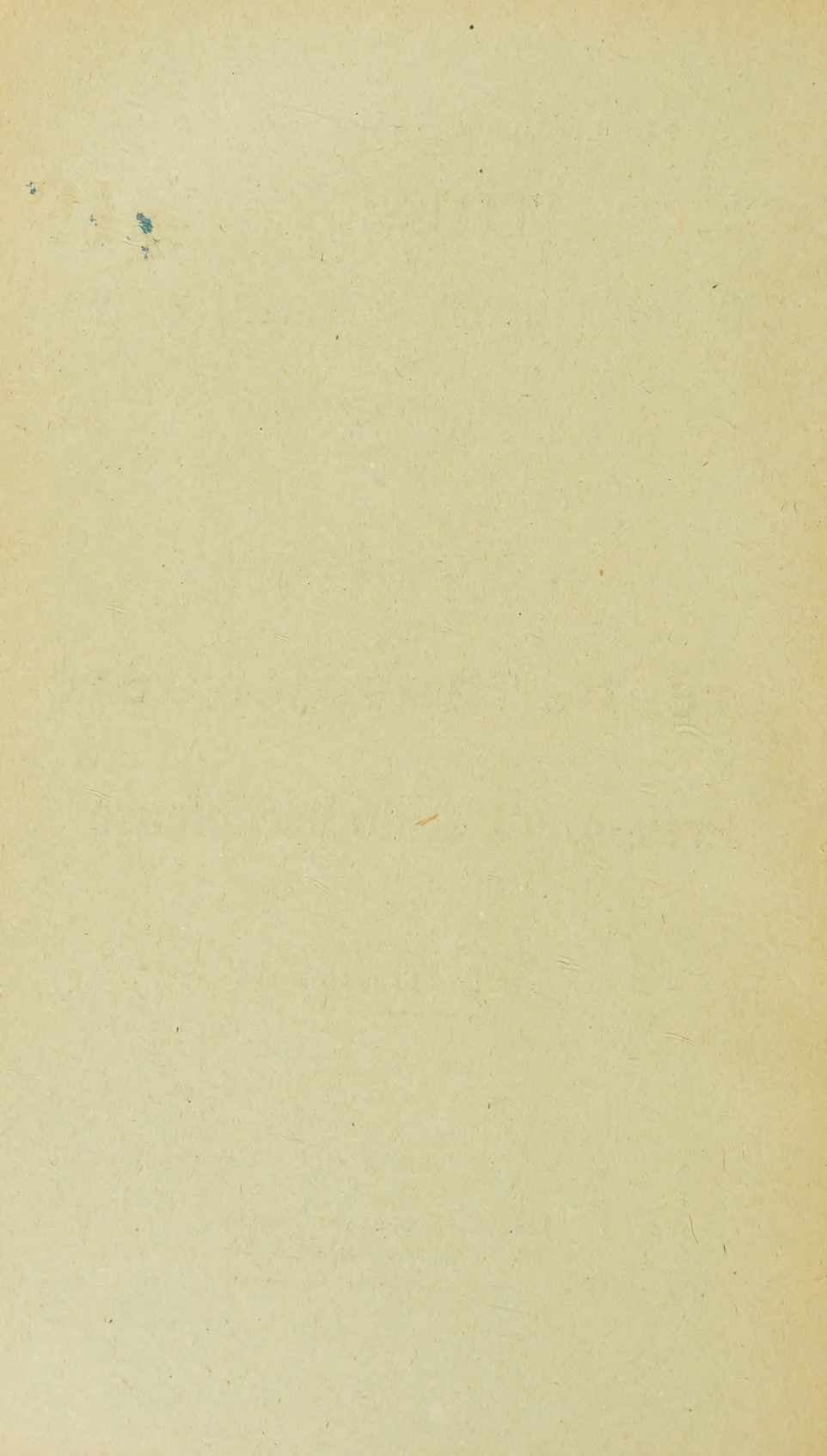
Prévention antituberculeuse

Président : M. LÉON BERNARD, professeur

A. MALOINE & FILS, Éditeurs

27 - Rue de l'École-de-Médecine - 27

PARIS 1921



449

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques ÉMILE-ZOLA

Né le 25 septembre 1891, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Licencié ès sciences

But et Organisation

d'une

Crèche hospitalière

de

Prévention antituberculeuse



Président : M. LÉON BERNARD, *professeur*

A. MALOINE & FILS, Éditeurs

27 - Rue de l'École-de-Médecine - 27

PARIS 1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEL BET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI. LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNE-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'hôpital Laënnec

*En témoignage de respectueuse
admiration.*

A MON MAITRE

Monsieur le professeur WIDAL

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Cochin

En hommage respectueux.

A M. le Professeur agrégé R. DEBRÉ

*Hommage de reconnaissante
gratitude pour sa bonté et son
dévouement.*

A M. Professeur agrégé E. DESMAREST

Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre fidélité dé-
vouée, en souvenir des longues
années de travail commun.*

A. M. le Docteur ANDRÉ COLLIN

*En remerciement de l'accueil
cordial que j'ai toujours trouvé
près de lui. Qu'il veuille bien
trouver ici l'hommage de notre
attachement fidèle et dévoué.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1912-1913. M. le Docteur LÉON ZADOC-KAHN
(hôpital Rostschild).

1913-1914. M. le Docteur SCHWARTZ (hôpital Co-
chin).

Externat

1914. M. le Professeur RECLUS.

1914-15-16-17. M. le Docteur DESMAREST.

1918-1919. Consultation de chirurgie de Laënnec
(Service du D^r Desmarest).

1919-1920. M. le Professeur LÉON BERNARD.

1920-1921. M. le Professeur F. WIDAL.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

CHEVRIER, ASTRUC, LAEDERICH, SALOMON,
AMEUILLE, G. ROUSSY, BIGARD, BARON,
JOANNON, BRULÉ, LEMIERRE, E. MAY,
ANDRÉ WEILL, METZGER.

*En remerciement de l'accueil
que j'ai trouvé près d'eux.*

BUT ET ORGANISATION

D'UNE

CRÈCHE HOSPITALIÈRE

DE PRÉVENTIGN ANTITUBERCULEUSE

I. — AVANT-PROPOS

La tuberculose du nourrisson soulève un problème de prophylaxie sociale d'une importance considérable. Deux principes dominant ce problème.

L'un est que le nourrisson, infecté en règle générale par la personne qui prend soin de lui, se trouve dans l'immense majorité des cas contaminé par sa mère. L'autre est que la tuberculose du premier âge permet la survie de l'enfant si elle dérive d'une contamination brève ou légère, la gravité de la maladie étant due pour une large part aux surinfections fréquentes ou massives. Cette dernière notion n'a pas toujours été admise. Elle s'éloigne en effet de l'opinion classique qui pendant, longtemps et même après la découverte de la cuti-réaction par Von Pirquet, a fait considérer comme presque fatale la tuberculose du nourrisson. L'expérience prouve qu'il est des formes clémentes liées à des contaminations restreintes ou tôt supprimées.

Ces deux données, contamination maternelle, importance de la dose infectante comportent une même conclusion : la nécessité de séparer le plus tôt possible le nourrisson de sa mère tuberculeuse !

Cette séparation permettra d'éviter l'infection de l'enfant si elle ne s'est pas encore produite, de l'arrêter si elle a déjà commencé à s'effectuer. Sa réalisation est d'un intérêt primordial. Elle s'impose dans tout milieu hospitalier, mais spécialement dans les crèches réservées aux mères tuberculeuses.

Une crèche pour mères tuberculeuses existe depuis longtemps à l'hôpital Laënnec. Le Professeur Landouzy qui l'avait créée avait eu un double souci :

Centraliser en un même pavillon des mères bacillaires qui éparses dans divers services y constituaient un danger pour les femmes et nourrissons sains hospitalisés auprès d'elles ; donner à ces femmes tuberculeuses les soins appropriés à leur état. Malheureusement un tel dispositif maintient et même multiplie les risques de contamination encourus par l'enfant.

En effet, si on laisse ensemble mères et nourrissons, chaque nourrisson peut être infecté non seulement par sa propre mère mais aussi par les autres mères tuberculeuses qui se trouvent dans le même local. Ces contaminations de crèche ont pu être observées, notamment par MM. Nobécourt et Paraf, Hanburger, Hess (de New-York). MM. Debré et Jacquet en ont rapporté 2 cas qui se sont précisément produits en 1914 dans la crèche de l'hôpital

Laënnec, alors que mères et enfants n'y étaient pas séparés.

Lorsqu'au lendemain de la guerre notre maître le professeur Léon Bernard reprit possession de son service, il fut chargé de cette crèche. Avec M. le professeur agrégé Robert Debré, il en modifia l'organisation, en application des principes précédemment exposés et suivant des modes de réalisation que nous allons détailler.

Nous en rappellerons les buts par une sommaire énumération, nous exposerons son organisation et son fonctionnement, nous envisagerons ensuite ses résultats.

II. — BUTS

La crèche spéciale pour mères tuberculeuses répond à un triple dessein :

1° Débarrasser les maternités, crèches ordinaires et services de médecine générale des mères tuberculeuses, sources bacillifères certaines, ainsi que des mères simplement suspectes de tuberculose pulmonaire ;

2° Assurer aux mères tuberculeuses un traitement convenable, aux suspectés un diagnostic précis ;

3° Préserver les nourrissons des mères tuberculeuses, soit de l'infection, s'ils sont encore indemnes, soit des surinfections sévères et répétées s'ils sont déjà contaminés.

III. — ORGANISATIONS

La caractéristique essentielle de cette crèche spéciale consiste dans la séparation effectuée entre la mère tuberculeuse et son nourrisson.

Cette séparation est :

1° *Précoce*, intervenant dès la menace de contamination ;

2° *Immédiate*, s'exerçant dès l'arrivée à la crèche ;

3° *Absolue*, durant le séjour à la crèche ;

4° *Prolongée*, au sortir de la crèche.

Ces quatre conditions exigent pour être remplies :

a) Des *organismes de recrutement* dirigeant sur la crèche, dans le plus bref délai femmes et nourrissons ;

b) A la crèche même, *deux locaux absolument distincts*, l'un pour les mères, l'autre pour les nourrissons ;

c) Au sortir de la crèche, *des œuvres de placement pour tout-petits*.

Nous allons examiner chacun de ces points.

Les organismes de recrutement

Il importe que l'enfant soit écarté de sa mère dès qu'il est menacé. Cette menace existe soit dès la

naissance, dans les cas où la mère est déjà bacillifère lors de l'accouchement, soit quelques semaines ou quelques mois après, lorsque la tuberculose maternelle jusque-là latente subit au cours de l'allaitement une poussée évolutive qui en fait une tuberculose active.

Ce dépistage se fait avant tout dans *les maternités*. Comme il est indiqué dans une circulaire émanant du directeur général de l'Assistance publique de la Seine : « Toute femme reconnue tuberculeuse au moment de son accouchement peut être envoyée avec son nourrisson à la crèche de l'hôpital Laënnec. »

On ne saurait trop insister sur l'intérêt d'une pareille mesure. Eloigner, dès sa naissance dans un service d'accouchement, l'enfant d'une mère tuberculeuse constitue la seule façon de lui éviter à coup sûr la contamination.

En second lieu le recrutement de la crèche de l'hôpital Laënnec est assuré par les consultations de dispensaires antituberculeux. Les médecins de dispensaires avertissent les femmes tuberculeuses enceintes que, dès après l'accouchement, elles pourront se rendre à la crèche de Laënnec avec leurs enfants. Bien des femmes tuberculeuses viennent au cours de leur grossesse, retenir en quelque sorte un lit et un berceau pour elles et leur enfant à naître.

Enfin certaines consultations hospitalières de nourrissons envoient également à la crèche des mères qui à l'occasion de l'examen de l'enfant accusent des

troubles qui les font suspecter de tuberculose pulmonaire.

Un point sur lequel il importe de bien insister est que cet envoi rapide à la crèche de la mère et de l'enfant ne se fait pas seulement lorsque la mère est certainement tuberculeuse, mais aussi lorsqu'elle est simplement suspecte. Toute perte de temps serait gravement préjudiciable aux intérêts de tous : mère, enfant et entourage. C'est sans retard qu'on doit s'attacher à infirmer ou confirmer le bien fondé de ces soupçons. Pour faciliter cette urgente séparation, la crèche de Laënnec peut recevoir des femmes de tous quartiers ou hôpitaux de Paris et même des différentes communes du département de la Seine, la seule condition exigée étant que les enfants n'aient pas dépassé l'âge de deux ans.

Organisation intérieure de la crèche

Mère et enfant sont arrivés à la crèche. La séparation doit être immédiate.

Ici se dresse une double difficulté, morale et matérielle.

La difficulté morale est facile à concevoir. C'est un grand sacrifice pour une mère que de se séparer de son enfant. Médecins et infirmières s'attachent à lui exposer les raisons qui le rendent indispensable. Du reste l'ambiance facilite cette acceptation. Lorsqu'une mère nouvelle arrive, elle apprend que toutes les mères qui l'ont précédée se sont soumises à cette

mesure, et les ayant rejointes elle les voit en prendre la défense.

La réalisation matérielle de cette séparation a été effectuée de la façon suivante à la crèche de l'hôpital Laënnec.

Les femmes et les enfants habitent deux locaux absolument indépendants : les nourrissons occupent le rez-de-chaussée, les mères le premier étage.

Du local affecté aux mères nous ne dirons rien. Il ne diffère par aucun détail des salles dans lesquelles sont traités les autres tuberculeux adultes ; largement aéré, pourvu de quelques box d'isolement, il permet de faire bénéficier les femmes tuberculeuses du traitement hygiéno-diététique classique.

Au contraire le local réservé aux nourrissons mérite une description particulière.

Bien chauffé, bien ventilé, il est pourvu également de quelques box permettant d'isoler les berceaux. Une pièce indépendante contenant deux berceaux sert de lazaret. Les enfants à leur entrée à la crèche y font un stage suffisant pour éviter l'éclosion de maladies épidémiques contagieuses.

Une autre salle sert de cabinet d'examen. Chaque matin les nourrissons y sont amenés pour être examinés par le médecin.

Comme il est nécessaire ainsi que nous l'expliquons plus loin de posséder une nourrice, une chambre lui est réservée pour elle et son enfant.

Enfin le local des enfants communique de plain-pied avec un jardin dans lequel aux jours ou aux

heures de beau temps les enfants sont sortis. Le bénéfice qu'ils retirent de cette aération est, on le devine, très grand. De plus, les mères peuvent ainsi voir de leurs fenêtres, leurs enfants, à distance et sans danger. La crèche, se trouvant annexée à un hôpital, on réserve absolument aux enfants ce jardin et on en interdit l'accès aux autres malades.

Si certaines mères sont autorisées à *allaiter* encore



Mère hospitalisée à la crèche de l'hôpital Laënnec allaitant son enfant

leurs enfants, on ne suspend pas pour cela même transitoirement la séparation. La mère après s'être lavée les mains, pénètre dans une pièce spéciale. Elle revêt une blouse pour que le nourrisson n'ait aucun con-

tact avec ses vêtements. Un masque en toile, dit de chirurgien, ne laissant à découvert que les yeux est appliqué sur sa face. Son enfant lui est apporté. Elle lui donne le sein. A la fin de la tétée l'enfant est repris, pesé et remis dans son berceau. La mère n'a pu en toussant ou en parlant le souiller de bacilles. Soulignons, du reste, que généralement sont seules autorisées à allaiter, les mères dont la tuberculose est incertaine ou peu évolutive, partant non ou faiblement contagieuses.

Il va de soi que pour ne pas rendre trop cruelle la séparation on permet aux mères de venir voir leurs enfants à travers les portes du local vitré qu'ils occupent. En outre comme nous l'avons dit, elles peuvent de leurs fenêtres voir leurs enfants lorsque ceux-ci sont amenés dans le jardin. Enfin lorsqu'une mère ne peut se lever, son enfant lui est montré de loin ou à travers les vitres d'une porte ou d'une cloison.

A cette discipline sévère la très grande majorité des mères s'est pliée, au point qu'il y a quelque temps une mère ayant été autorisée à venir embrasser son bébé, les autres mères ont protesté craignant une contamination possible pour leurs propres enfants.

Les œuvres post-hospitalières de placement pour tout petits

Il ne faut pas que le nourrisson retenu momentanément à l'abri de la contagion, puisse, au sortir de

la crèche retomber dans un foyer de contaminations et y être victime soit d'infection, soit de surinfection. La séparation aurait été alors imposée en pure perte. Elle doit donc être maintenue au delà de la crèche. Il faut dès lors que celle-ci soit en relation avec des œuvres de placement familial qui lui sont un complément indispensable et dont nous devons dire ici un mot.

Le placement familial pour tout petits qui est pour les enfants du premier âge ce qu'est l'œuvre gran-cher pour les enfants plus âgés, est réalisé par des petits « centres d'élevage » selon l'expression de M. Méry. Le problème à résoudre était assurément bien plus difficile que s'il s'agissait d'enfants du second âge. On sait, en effet, combien l'alimentation du nourrisson est délicate à régler, nécessitant une grande expérience et des soins vigilants. De plus, la réceptivité du nourrisson aux différentes maladies est grande. Enfin la surveillance d'un enfant du premier âge doit être de tous les instants. Aussi ne peut-on songer à envoyer les nourrissons de la crèche dans des familles éparses à la campagne, sans garantie ni contrôle. Il faut que les familles chargées soient concentrées en une colonie peu étendue rayonnant autour d'un petit dispensaire. Celui-ci comprend une infirmerie, une salle de consultations, une biberonnerie. Une infirmière visiteuse, placée sous les ordres d'un médecin, est chargée de la préparation et de la distribution du lait chez les nourriciers ; elle surveille l'alimentation et l'entretien général des enfants,

donne aux « nourriciers » quelques conseils pratiques. Le médecin auquel est confiée la direction médicale de ces foyers examine et suit les enfants qui sont amenés à des consultations périodiques, au petit dispensaire central. Grâce à cette organisation les nourrissons bénéficient d'excellentes conditions d'existence et de développement.

Une pareille œuvre existe : c'est l'œuvre du « placement familial des tout petits » créée à l'instigation du professeur L. Bernard et du Dr Debré et dont le premier centre de placement installé à Salbris (Loir-et-Cher) a déjà reçu un assez grand nombre d'enfants sortant de la crèche de l'hôpital Laënnec. Ces enfants répartis dans des familles paysannes qui s'attachent beaucoup à eux sont placés sous la surveillance de deux infirmières visiteuses et régulièrement examinés par le Dr Dubois de Lamotte-Beuvron. Ces enfants amenés parfois assez chétifs et porteurs d'une cuti-réaction positive se trouvent tous maintenant en excellente santé.

Un autre placement organisé à Mainville (Seine-et-Oise) sur le même modèle obtient également de très bons résultats.

Enfin non loin de Salbris dans le Loir-et-Cher existe un petit préventorium pour nourrissons où sont reçus au sortir de la crèche de l'hôpital Laënnec les tout petits enfants légèrement infectés de tuberculose mais susceptibles d'en guérir.

IV. — FONCTIONNEMENT

La mère est examinée. Les recherches ordinaires, stéthacoustiques radiologiques et bacilloscopiques permettent de porter un diagnostic précis. L'existence de tuberculose pulmonaire actuelle est niée ou affirmée. Dans ce dernier cas la forme clinique à laquelle on a affaire est identifiée.

L'examen de *l'enfant* doit naturellement tendre à déterminer s'il a été ou non infecté par le bacille de Koch.

Les différentes manifestations de la tuberculose sont recherchées et tous les organes ou appareils interrogés.

L'examen clinique se complète par l'investigation biologique, par la tuberculine, radiologique par la radioscopie ou la radiographie instantanée. Ces deux sortes de recherches sont en effet de la plus haute utilité pour dépister tous les cas de tuberculose du nourrisson.

Il est indispensable de pratiquer chez tous les enfants la *cuti-réaction* et de le répéter *en série*. En effet, une seule cuti faite au début du séjour de l'enfant n'est pas suffisante. Elle peut coïncider avec la période anté-allergique dont l'existence et les carac-

tères ont été précisés par MM. Debré et Jacquet. Comme ceux-ci l'ont montré, la période anté-allergique, véritable période d'incubation, s'écoule du moment de l'infection au moment où apparaît la tuberculino-réaction positive, critérium d'un état allergique. La durée est variable, allant de quelques jours à plus de trois mois, et paraît inversement proportionnelle à l'importance de la dose infectante. On comprend dès lors, qu'au cours de la période anté-allergique, la cuti-réaction soit négative, malgré l'infection tuberculeuse. Il faut répéter l'épreuve tous les huit jours. Souvent elle devient enfin positive, on peut alors en recherchant l'époque probable de la contamination déterminer approximativement la durée de la période anté-allergique, la longueur de celle-ci étant un élément de bon pronostic. Ce n'est que lorsque la cuti-réaction reste négative durant quatre mois qu'on peut admettre avec MM. Debré et Jacquet que la tuberculose n'est pas en jeu. Lorsque la cuti-réaction se montre positive, on peut la répéter moins souvent, par exemple tous les quinze jours pendant quelques mois, afin d'ensuivre les variations. En effet, comme on le sait, peut de franchement positive devenir faiblement positive ou même absolument négative à la période ultime des tuberculoses mortelles ou au cours d'une affection intercurrente anergisante telle que la rougeole.

La valeur de cette cuti-réaction en série, s'avère avec une particulière évidence dans le diagnostic de certaines formes florides de tuberculose du nourris-

son. Fréquents en effet sont les cas en présence desquels la clinique reste muette, incapable de dénoncer la tuberculose. L'enfant présente tous les attributs extérieurs de la santé. Son développement et son poids sont normaux ; pas de rachitisme net ni de retard notable de la dentition ; ni ganglions périphériques, ni hypertrophie du foie non plus que de la rate ; aucun trouble respiratoire ; pas de trouble digestif appréciable ; nul indice d'anémie ; température normale. Cependant l'enfant a été infecté : il y a tuberculose sous roche. Ces formes ne sauraient être décelées sans le secours de la cuti-réaction. Celle-ci, fortement positive chez de tels nourrissons, constitue une véritable surprise. Elle indique qu'il y a eu tuberculisation mais ne signifie nullement tuberculose active, évolutive, devant aboutir plus ou moins prochainement à un dénouement fatal. Elle n'est point de mauvais augure, surtout si la période anté-allergique paraît avoir été longue, et, si les renseignements recueillis sur les conditions du contagement dont nous parlerons plus loin, font conclure à une faible dose contaminante.

La connaissance des faits que révèle la cuti-réaction pratiquée systématiquement en série chez tous les nourrissons, même les plus florides ne contribue pas peu à amender le pronostic classique de la tuberculose du nourrisson. Elle permet de comprendre que ce pronostic a été trop sévère aussi longtemps qu'il a reposé sur des constatations faites dans les hôpitaux d'enfants malades.

De même chez tous les nourrissons, mais spécialement aussi chez les sujets de belle apparence l'étude radiologique est-elle utile. *La radiographie instantanée* en particulier très précise avec netteté l'état des champs pulmonaires et des ganglions intrathoraciques. Très souvent, notamment chez les nourrissons florides on surprend grâce à elle l'existence d'adénopathies hilaires, surtout visibles lorsqu'elles siègent à droite du cœur. Parfois, au niveau d'une base, on distingue une ombre que suivant une interprétation assez généralement admise on peut considérer comme le « chancre d'inoculation ».

Par ces différents moyens d'exploration on sait si l'enfant a été ou non infecté par le bacille de Koch. La base du diagnostic est assurée.

Si le nourrisson a été contaminé, une question capitale au point de vue pronostic reste à élucider : quelles ont été les *conditions du contagé* ?

Leur connaissance résulte généralement de l'examen et de l'interrogatoire de la mère. Comme nous allons le voir, en matière de tuberculose infantile, les antécédents de la mère tuberculeuse, ne sont pas moins intéressants à scruter que ceux de l'enfant lui-même.

On doit essayer de préciser quatre points : le degré de contagiosité, la durée du contact, son intimité, enfin l'âge auquel a été contaminé l'enfant :

1° *Le degré de contagiosité* est le plus souvent apprécié par l'examen de la mère qui indique le siège et l'étendue des lésions, la forme de tuberculose.

L'examen des crachats est particulièrement instructif. S'il est négatif il doit être répété à plusieurs reprises et au besoin à l'aide de l'homogénéisation. Dans certains cas la mère ne présente pas de signes de tuberculose en activité mais on apprend qu'elle a fait antérieurement une poussée évolutive de courte durée pendant laquelle elle a pu contaminer son enfant ;

2° *La durée du contact* a une grande importance, en raison de la gravité des surinfections. Il importe de préciser à quelle date remonte ou combien de temps a duré la contagiosité maternelle. Par une patiente enquête, on arrive quelquefois à reconstituer l'évolution chronologique de cette contagiosité. On apprend, par exemple, qu'une femme tuberculeuse dont l'enfant a six mois, bien portante pendant sa grossesse, a présenté pendant les quatre premiers mois de l'allaitement une fatigue croissante sans symptôme surajouté, et, n'a commencé à tousser et à expectorer qu'alors que son enfant avait cinq mois. On conclut que la durée approximative du contact infectant peut se limiter à deux mois. Dans d'autres cas de tuberculose abortive dont nous avons précédemment parlé, on reconnaît que la période de contagiosité a été éphémère.

3° *L'intimité du contact* est fournie par l'analyse minutieuse des conditions d'existence de la mère et de l'enfant au cours de la période de contagiosité maternelle. Y avait-il cohabitation dans la même chambre ? La mère allaitait-elle son enfant ou lui

donnait-elle le biberon ? Le couchait-elle dans son lit ou dans un berceau ? Dans ce dernier cas tenait-elle celui-ci tout auprès ou à distance de son lit ? Si elle expectorait, faisait-elle usage d'un crachoir, embrassait-elle souvent son enfant ? Avait-elle ou non la notion de sa contagiosité ? Prenait-elle ou non des précautions pour préserver son enfant de l'infection ? Ce sont là autant de questions qu'il est opportun de poser à la mère ;

4° Quant à *l'âge de l'enfant lors de la contamination*, il se déduit approximativement des renseignements révélés par l'interrogatoire. Il est communément admis que la gravité de l'infection est, en principe, d'autant plus grande que cet âge est moins avancé.

Si la mère n'est pas tuberculeuse, on doit rechercher s'il n'existe pas dans l'entourage de l'enfant une personne atteinte de tuberculose contagieuse. On peut être aussi amené à incriminer comme auteur du contagé, le père, un oncle, un frère ou une sœur, etc. Il faut, autant que possible, examiner le malade responsable et essayer de préciser les quatre conditions de contagé que nous venons d'étudier. En pareil cas, toutes choses égales d'ailleurs, l'intimité du contact est bien moindre qu'entre mère et enfant ce qui constitue un élément de bénignité.

L'étude de ces conditions du contagé éclaire notablement l'avenir de l'enfant. On peut dire, en effet, que la tuberculose du nourrisson a d'autant plus de chances d'évoluer favorablement, que la contagiosité

du sujet infectant est plus faible, la durée du contact plus brève, son intimité plus restreinte, enfin l'âge de l'enfant au moment de l'infection plus avancé.

L'examen somatique et l'enquête étiologique auxquels on se livre lors de l'arrivée du nourrisson, orientent le diagnostic mais ne l'assurent pas définitivement. Un troisième facteur est nécessaire : *l'observation prolongée* de l'enfant. C'est elle qui permet de spécifier la forme de tuberculose en cause. Elle rend indispensable un séjour minimum de quelques semaines à la crèche.

Nous avons déjà vu l'intérêt des variations de la cuti-réaction dont on ne peut prendre connaissance qu'avec le temps.

De nombreuses autres variations peuvent être constatées. Il arrive parfois que des enfants qui offrent à leur entrée une assez bonne apparence avec cuti-réaction positive, présentent, peu de temps après, des manifestations tuberculeuses qui rapidement mortelles : granulie, méningite, broncho-pneumonie tuberculeuse. L'expérience permet de relever dans ces cas deux particularités. Ces enfants ont généralement été infectés d'une façon massive ; d'autre part, les accidents mortels éclatent chez eux peu de temps après la contamination. Inversement, il est d'un heureux présage de voir qu'un enfant arrivé en bonne santé apparente avec une cuti-réaction positive, reste floride six semaines à deux mois après son entrée. Enfin la situation au lieu de s'aggraver ou de rester sans changement peut s'améliorer. Cer-

tains enfants, par exemple, qui présentent à leur arrivée des troubles digestifs parfois sérieux sont susceptibles de guérir s'ils sont traités avec vigilance.

La conclusion qui se dégage de ces quelques aperçus est qu'on ne peut se prononcer sur chaque cas qu'après un certain délai d'observation.

Durant cette sorte de stage, l'enfant est soumis à un régime alimentaire et à divers moyens de contrôle : pesée, examen des selles, prise de la température. Nous tenons à insister ici sur les services que rend à la crèche de Laënnec une nourrice. La plupart des mères tuberculeuses n'allaitent plus. Or, un grand nombre de troubles digestifs, et avant tout le syndrome athrepsique, ne peuvent être traités que par du lait de femme. Chaque jour, après avoir allaité son enfant, la nourrice donne une quantité appréciable de lait qui est distribué aux nourrissons qui en ont le plus besoin sans que ceux-ci soient mis au sein de cette femme.

En définitive, les examens (clinique, tuberculinique, radiologique) répétés au cours d'une observation prolongée, joints à l'enquête étiologique autorisent à formuler un diagnostic de grande probabilité.

Décision. — Mère d'une part, enfant d'autre part, ont fait l'objet d'un diagnostic. Une décision doit être prise pour chacun d'eux.

Plusieurs éventualités sont à envisager.

La première éventualité correspond aux cas où ni la mère ni l'enfant ne sont tuberculeux. Ils quittent

la crèche lorsque le diagnostic négatif est hors de doute.

Dans *une deuxième éventualité, la mère est tuberculeuse*. On l'envoie selon la forme de tuberculose qu'elle présente dans un hôpital spécial ou dans un sanatorium.

Quant au *nourrisson*, son sort varie selon la catégorie dans laquelle il a été finalement rangé.

1° Les *enfants vraisemblablement non contaminés* sont envoyés dans un centre de placement familial. Nous disons « vraisemblablement » car la période anté-allergique peut être très longue et dépasser la durée du séjour à la crèche. Aussi le médecin du centre d'élevage doit-il répéter la cuti-réaction, afin de distinguer les nourrissons dont la période anti-allergique est longue, des nourrissons purement non infectés.

2° Les *nourrissons contaminés mais dont la tuberculose parait ne pas évoluer* sont également envoyés en placement familial. Il s'agit soit d'enfants présentant un aspect floride joint à une cuti-réaction positive, soit d'enfants n'associant à une cuti-réaction positive, que des signes frustes : légère adénopathie périphérique, rachitisme, etc. Ces enfants sont l'objet au centre de placement familial d'une surveillance attentive. Si un symptôme fâcheux survient chez l'un d'entre eux, celui-ci est soigné à l'infirmerie du petit dispensaire central, ou même renvoyé à la crèche. Du reste, il importe, lorsqu'une mère accepte le placement de son enfant, de ne pas lui

cacher, si celui-ci présente une cuti-réaction positive que l'infection tuberculeuse risque de suivre une évolution funeste, en dépit de toutes les précautions qui seront prises.

3° *Les nourrissons chez lesquels la tuberculose semble évoluer* sont gardés à la crèche. Nous avons déjà vu que ceux qui avaient subi une contamination massive mouraient peu de temps après leur arrivée. D'autres nourrissons sans être emportés si rapidement présentent des signes qui traduisent une infection sévère : lésions pulmonaires, suppurations ganglionnaires ou osseuses, troubles digestifs rebelles, anémie, défaut de croissance. Un petit nombre de ceux-là échappe à la mort. La plupart de ses « rescapés » sont porteurs de lésions ostéo-ganglionnaires de tuberculose dite chirurgicale moins grave, comme l'on sait, que la tuberculose viscérale.

La troisième éventualité se rencontre lorsque le nourrisson est né d'une mère saine mais a été exposée à la contamination d'un proche atteint de tuberculose ouverte. Les décisions dont il est justifiable sont les mêmes que dans la deuxième éventualité.

On voit maintenant le cycle parcouru par l'enfant depuis la maternité, l'hôpital ou le dispensaire où la tuberculose maternelle a été dépistée, jusqu'au foyer de placement familial où il grandit loin de toute contagion tuberculeuse, en passant par la crèche de l'hôpital Laënnec où une séparation radicale a décidé de son salut.

Les résultats qui ont été obtenus à la crèche de Laënnec sont pleinement satisfaisants. Ils mériteraient une étude approfondie, que nous ne pouvons faire ici ; le travail d'ensemble pourra leur être consacré lorsqu'avec le recul nécessaire, les faits retireront de l'accumulation des documents et de l'épreuve du temps une plus grande valeur.

Il est possible d'ores et déjà de dire que la réalité a confirmé les prévisions les plus optimistes. Les nourrissons encore sains séparés à temps de leurs mères sont restés indemnes d'infection tuberculeuse. Nombre d'autres déjà contaminés lors de la séparation ont survécu et grandissent en ce moment à la campagne, pleins de santé et de vigueur. Les uns et les autres élevés dans un milieu rural, y demeureront sans doute. Beaucoup d'entre eux, privés de leurs mères seront adoptés par leurs nourriciers ; la plupart deviendront paysans ; tous en tout cas, auront été sauvés d'une mort certaine.

En résumé la crèche spéciale et ses œuvres satellites sont indispensables dans la lutte contre la tuberculose du nourrisson.

En partant des principes que nous avons exposés et devant les résultats acquis nous sommes persuadés qu'il est indispensable de voir se créer partout de pareilles crèches qui permettront de sauver de la mort beaucoup de petits enfants.

CONCLUSIONS

1° Le nourrisson étant contaminé en règle générale par sa mère tuberculeuse et la gravité de la tuberculose du nourrisson étant en grande partie liée aux surinfections, il importe de séparer le plus tôt possible la mère tuberculeuse de son nourrisson.

Cette séparation doit être le principe fondamental de la lutte contre la tuberculose du premier âge. Elle préserve le nourrisson de l'infection s'il est encore sauf et des surinfections s'il est déjà contaminé ; dans l'un et l'autre cas elle peut le soustraire à la mort.

2° Pour réaliser cette séparation, des crèches hospitalières spéciales sont nécessaires, conformes au type qui a été créé à l'hôpital Laënnec.

3° Le recrutement de la crèche de l'hôpital Laënnec est assuré par les maternités, les consultations de nourrissons et les dispensaires antituberculeux qui adressent aussitôt que possible après l'accouchement la mère tuberculeuse et son nourrisson à la crèche.

4° L'organisation intérieure de la crèche réalise la séparation absolue entre mères et nourrissons et permet l'alimentation du nourrisson au lait de femme en cas de besoin.

Durant leur séjour, mères et enfants sont examinés en vue d'un diagnostic précis et d'une décision conforme à leur état.

L'examen du nourrisson comporte notamment pendant un stage indispensable de plusieurs semaines la cuti-réaction en série et la radiographie. L'enquête étiologique précise les conditions du contagé dont la connaissance éclaire grandement le pronostic.

5° Au delà de la crèche la séparation est prolongée, s'il y a lieu, par des centres de placement familial spéciaux dans lesquels sont envoyés les nourrissons contaminés ainsi que ceux chez lesquels la tuberculose paraît ne pas évoluer. Ces œuvres post-hospitalières indispensables assurent la sauvegarde définitive de ces enfants.

Le Doyen
ROGER

Vu : le président de la thèse,
LÉON BERNARD

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie,
P. APPELL

